

HANDREIKING ZORGSCHADE

NOVEMBER 2017



HANDREIKING ZORGSCHADE
november 2017

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	3
<hr/>		
2	DOELSTELLING VAN DE HANDREIKING ZORGSCHADE	3
<hr/>		
3	DEFINITIES	4
<hr/>		
4	TOEGANGSCRITERIA BOVENNORMALE ZORGVRAAG	6
<hr/>		
5	KRING VAN INFORMELE ZORGVERLENERS	7
<hr/>		
6	TOELICHTING OP DE PROCESBESCHRIJVING	7
<hr/>		
7	KWALITEITSBORGING INGESCHAKELDE DESKUNDIGEN	11
<hr/>		
8	TAKEN EN ACTIVITEITEN SCHEMATISCH WEERGEGEVEN	12
<hr/>		
9	PROCESSTAPPEN AANPASSINGEN - HULPMIDDELEN - VOORZIENINGEN SCHEMATISCH	15
<hr/>		
10	ZORGREGELINGEN	16
<hr/>		

HANDREIKING ZORGSCHADE
november 2017

HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

1 INLEIDING

De Handreiking Zorgschade is ontstaan als resultaat van de consultaties omtrent het *Consultatievoorstel schadevergoeding zorg- en affectieschade* uit 2014. De letselschadebranche heeft aangeboden tot een regeling te komen die recht doet aan de uitgangspunten en doelstellingen van dit voorstel, waarin vooral aandacht wordt besteed aan de positie van de zorgvrager. Met het voorstel beoogde de wetgever de zorgvrager – het slachtoffer of de patiënt met een zorgbehoefte – nog meer de regie te geven over de organisatie van de verzorging die hij als gevolg van het ongeval of incident nodig heeft.

De branche heeft de problematiek in werkgroepen onderzocht en de uitkomsten daarvan verwerkt in deze handreiking. Uit het voorbereidende casuonderzoek, verricht door enkele deelnemers van de werkgroepen die aan deze handreiking bijdroegen, blijkt dat het grootste probleem ten aanzien van de financiering van de zorg door informele zorgverleners niet zit in situaties waarin sprake is van een complexe en intensieve zorgbehoefte. In die situaties is het immers mogelijk een beroep te doen op zogenaamde extra regelingen binnen de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze maken het mogelijk de zorg grotendeels en soms volledig vergoed te krijgen. De knelpunten ontstaan juist in situaties waarin het niet mogelijk is om gebruik te maken van deze extra regelingen. Dat geldt onder andere voor zorgvragers die intensieve en complexe zorg behoeven, maar die wel in staat zijn om zelf hulp in te roepen. Of wanneer zorg niet direct geleverd hoeft te worden omdat even wachten niet leidt tot gezondheidsschade bij de zorgvrager. Deze categorie zorgvragers komt doorgaans niet in aanmerking voor een Wlz-indicatie.

Maar ook een zorgvrager mét een Wlz-indicatie kan uitgesloten zijn van extra regelingen. Dat geldt bijvoorbeeld voor personen die vooral kampen met een gebrek aan energie en die geen indicatie voor substantiële verpleegkundige zorg hebben. Omdat de budgetten voor deze laatste categorie zorgvragers beperkt zijn, kan de noodzakelijke zorg daar niet altijd uit worden gefinancierd.

De Handreiking Zorgschade is van toepassing op letselschadezaken waarin sprake is van een blijvende, intensieve en complexe zorgvraag en behelst een beschrijving van de processtappen die gezet kunnen of moeten worden bij de afwikkeling van zorgschadezaken. De processtappen worden één voor één doorlopen, maar stappen kunnen ook worden overgeslagen. Het is tevens mogelijk

een stap terug te zetten. Zo kan het voorkomen dat na stap 4, de stappen 2 en 3 moeten worden herhaald omdat zich wijzigingen in de medische situatie hebben voorgedaan die gevolg hebben voor de zorgbehoefte van de betrokkene. Tot slot kan het noodzakelijk zijn om na verloop van tijd opnieuw onderzoek te doen naar die zorgbehoefte. Dit kan door wijzigingen in de medische situatie, veranderingen bij informele zorgverleners, of door domotica-toepassingen die de zorgbehoefte veranderen. Kortom, het doorlopen van alle processtappen kan langere tijd vergen en kan worden herhaald als de situatie daarom vraagt.

In de laatste processtap wordt berekend wat de kosten zijn van de totale zorgbehoefte. Vervolgens wordt vastgesteld welk deel daarvan uit bestaande (publieke) middelen gefinancierd kan worden en of alle publieke en private middelen zijn benut. Daarna wordt vastgesteld of er een tekort is. Zo ja, dan wordt de omvang daarvan berekend. De uitkomsten uit deze laatste processtap worden gerapporteerd. Indien een financieel tekort is geconstateerd, wordt in het rapport een advies opgenomen over hoe dit te dichten. Ook wordt advies gegeven over de te hanteren tarieven waarmee de (in)formele zorgverleners moeten worden gecompenseerd.

Onderdeel van de Handreiking Zorgschade is een overzicht van de zorgregelingen die ten tijde van het schrijven van de handreiking bestonden. Dit kan van nut zijn voor de deskundige die onderzoek doet naar de vraag of alle publieke en private van toepassing zijnde regelingen zijn aangesproken, waardoor de materiële schade kan worden beperkt. Dit overzicht wordt een 'levend' document dat regelmatig wordt geactualiseerd.

De Handreiking Zorgschade beoogt partijen in de letselschadepraktijk van nut te zijn bij het faciliteren van de eigen regiefunctie van de zorgvrager. Zij mag het bieden van maatwerkoplossingen nimmer in de weg staan.

2 DOELSTELLING VAN DE HANDREIKING ZORGSCHADE

De Handreiking Zorgschade heeft als doel letselschadeslachtoffers en patiënten met een blijvende, intensieve en complexe bovennormale zorgvraag te faciliteren in de zorgsituatie die past bij hun wensen en mogelijkheden. Er is sprake van een bovennormale zorgvraag als deze zorgsituatie

HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

niet volledig kan worden gefinancierd uit private en publieke middelen. Voor deze zorgsituaties zijn in de Handreiking Zorgschade toegangscriteria opgenomen. Ze worden getoetst in processtap 1. Ook is vastgesteld wie als informele zorgverlener mag worden aangewezen.

De Handreiking Zorgschade beoogt ook bij te dragen aan een uniforme en professionele beoordeling van de noodzakelijke zorgbehoefte en de daarmee gepaard gaande kosten. Tevens draagt de handreiking in potentie bij aan kostenbeperking, doordat de relevante private en publieke regelingen erin opgesomd staan. Het definitiekader en de te hanteren tarieven voor informele zorgverleners beogen de discussies tussen partijen in de processtappen 2 tot en met 7 te bespoedigen en te verminderen.

Samenvattend heeft de Handreiking Zorgschade twee doelen. Ten eerste, het bieden van een beoordelingskader dat van nut kan zijn bij het vaststellen van de noodzakelijke zorgbehoefte en de kosten die daarmee gemoeid zijn.

Ten tweede, het bieden van concrete handvatten voor een meer inzichtelijke schadevaststelling en -begroting bij zorgsituaties waarin sprake is van een bovennormale zorgvraag, die niet volledig vanuit reguliere private en publieke middelen gefinancierd kan worden.

3 DEFINITIES

Zorgbehoefte:

Onder 'zorgbehoefte' wordt de behoefte aan zorg verstaan die kan bestaan uit de volgende zorgfuncties: Persoonlijke verzorging, Verpleging, Begeleiding en Toezicht.

Onder zorgbehoefte in het kader van deze regeling wordt niet verstaan: hulp bij het huishouden en/of zorg voor huisgenoten. Onder hulp bij het huishouden vallen: maaltijd bereiden (inclusief voorbereidende taken alsmede het opruimen), boodschappen doen, zorg voor het huishouden en zorg voor de kleding. Onder zorg voor huisgenoten vallen taken die betrekking hebben op de zorg voor en opvang van (jonge) kinderen of mantelzorg.

Voor de vaststelling van hulp bij het huishouden en/of zorg voor huisgenoten wordt verwezen naar de Richtlijn Huishoudelijke Hulp van De Letselschade Raad.

Bij de zorgbehoefte is de volgende onderverdeling aan de orde:

- **Noodzakelijke zorgbehoefte:**

Zorg die in alle opzichten onvermijdelijk is.

- **Voortdurende zorgbehoefte:**

Voortdurende, en zowel geplande als ongeplande zorg of toezicht die nodig zijn in verband met fysieke en/of mentale problemen van de zorgvrager. De zorgbehoefte is, naar huidig inzicht, permanent, dus niet van voorbijgaande aard.

Zorgfuncties:

De volgende zorgfuncties worden in de Handreiking Zorgschade onderscheiden: Persoonlijke verzorging, Verpleging, Begeleiding en Toezicht. Voor de definitie van de eerste drie functies wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de indicatiewijzer Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), zoals die tot 2015 van toepassing was, de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). De definities zijn op onderdelen aangepast in het kader van deze handreiking.

- **Persoonlijke verzorging**

De functie Persoonlijke verzorging omvat de ondersteuning bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging. Het gaat bijvoorbeeld om wassen en aankleden, in en uit bed gaan, veranderen van houding, eten en drinken, toiletgang, aanreiken van medicatie, zorg voor haren, nagels en huid. Deze opsomming is niet limitatief.

- **Verpleging**

De functie Verpleging is gericht op verpleegkundige taken die worden uitgevoerd in opdracht van een arts. Hieronder vallen activiteiten zoals: controle op lichaamsfuncties, wondverzorging, ondersteuning bij uitscheiding, toedienen van medicatie, verpleegkundige begeleiding bij de uitvoering van zelfzorg en andere niet nader gespecificeerde verpleegkundige handelingen. Ook deze opsomming is niet limitatief.

- **Begeleiding**

De functie Begeleiding is gericht op het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de zorgvrager. Bij een thuiswonende zorgvrager is het doel van de begeleiding om ervoor te zorgen dat de zorgvrager zo lang mogelijk in de eigen omgeving kan blijven wonen. Tot de functie Begeleiding behoren ook activiteiten waarmee de zorgvrager wordt ondersteund bij de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen en het aanbrengen en behouden van structuur in de regio over het persoonlijk leven. Toezichthoudende activiteiten vallen voor de Handreiking Zorgschade niet onder de functie Begeleiding. Toezicht is in de Handreiking als een aparte en zelfstandige functie gedefinieerd.

HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

- **Toezicht**

De functie Toezicht komt als onafhankelijke functie niet voor in de AWBZ, Wlz, Wmo, Zorgverzekeringswet (Zvw) en andere relevante wet- en regelgeving.

Daar is het toezicht veelal onderdeel van de functie Begeleiding. In de Handreiking Zorgschade wordt wel een onderscheid gemaakt tussen beide functies. De handreiking maakt een onderscheid tussen permanent (actief) toezicht en passief toezicht.

- Permanent (actief) toezicht:

Onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen als de situatie daar aanleiding toe geeft. Bij zorgvragers die permanent toezicht nodig hebben, kan immers op ieder moment iets (ernstig) misgaan. Actieve observatie heeft als doel dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie vroegtijdig te signaleren, waardoor tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties kan worden voorkomen.

- Passief toezicht:

Beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen. In de Wlz wordt dit 'zorg in de nabijheid' genoemd.

Bij het vaststellen van de uren die aan de functie Toezicht worden besteed, wordt uitgegaan van de functionele tijd. Dat wil zeggen de feitelijke tijd die wordt besteed aan toezicht houden. Dat aspect zal meer een rol spelen bij passief dan bij actief toezicht. Bij passief toezicht kan de zorgverlener het toezicht namelijk combineren met andere activiteiten, mits de toezichthoudende taak niet in gevaar komt.

Zorgverlening:

In de praktijk worden diverse typen zorg onderscheiden. Er wordt onderscheid gemaakt tussen informele en formele zorg. Informele zorg wordt verder onderverdeeld in diverse typen.

- **Informele zorg**

Onder 'informele zorg' worden soorten zorg verstaan die niet beroepsmatig worden aangeboden. Daaronder vallen bijvoorbeeld 'mantelzorg', 'gebruikelijke zorg' en 'vrijwilligerszorg'. Het begrip informele zorg is een containerbegrip.

- Mantelzorg

'Mantelzorg' wordt door het Ministerie van Volksgezondheidszorg, Welzijn en Sport (VWS) als volgt omschreven: 'De langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie.'

- Gebruikelijke zorg

'Gebruikelijke zorg' is 'de zorg waarop geen aanspraak bestaat vanuit de AWBZ, Wlz of Wmo. Het is de normale, dagelijkse zorg die partners of ouders en inwonende kinderen geacht worden elkaar onderling te bieden omdat ze als leefeenheid een gezamenlijk huishouden voeren en op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het functioneren van dat huishouden.' Gebruikelijke zorg is alleen aan de orde als er sprake is van een gezamenlijk huishouden (Protocol Gebruikelijke Zorg, CIZ 2005: <https://www.nationalehulpguids.nl/forms/ProtocolGebruikelijkeZorg.pdf>).

- Vrijwilligerszorg

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg – thans Raad voor Volksgezondheid en Samenleving is 'vrijwilligerszorg' een vorm van vrijwilligerswerk. Onder vrijwilligerswerk wordt verstaan: 'werk dat in enig verband onverplicht en onbetaald wordt verricht, voor anderen of de samenleving' (Van Gorp en Steenberghe, 2004). Vrijwilligerszorg is dan 'zorg op vrijwillige basis en onbetaald geleverd aan hulpbehoevenden buiten het eigen sociale netwerk, al dan niet in aanvulling op professionele zorg of ter ondersteuning of vervanging van mantelzorg' (Expertise en Innovatie in Zorglogistiek, EIZ-website: <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/>, 2005).

- **Formele zorg**

'Formele zorg' wordt geboden vanuit een organisatorisch verband waarvoor de zorgverlener salaris dan wel een formeel vastgestelde vergoeding ontvangt. De formele zorgverlener is gebonden aan professionele richtlijnen, protocollen en kwaliteitseisen. Een formele zorgverlener kan een zorgorganisatie of zelfstandige zonder personeel (ZZP'er) zijn, die als zodanig staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel. Een BIG-geregistreerde verpleegkundige (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) die daar niet ingeschreven staat, kwalificeert ook als formele zorgverlener.

HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

Zorgplan:

Onderdeel van de Handreiking Zorgschade is een procesbeschrijving in zes stappen (zie pagina 8 tot en met 15). De stappen 1 tot en met 3 hebben betrekking op het zogenaamde zorgplan. Het zorgplan bevat een uitvoerige beschrijving van de noodzakelijke zorgbehoefte, de noodzakelijke zorgtaken en de personele bezetting die nodig is om de zorg te realiseren.

Financieringsplan:

Een financieringsplan betreft een gedetailleerde rapportage van alle noodzakelijke kosten verbonden aan de realisatie van de gewenste zorgsituatie, inclusief de financieringsmogelijkheden daarvoor. Uit dit rapport moet blijken wat het eventuele tekort is na inzet van publieke en private middelen.

Verblijfsindicatie:

Er is sprake van een verblijfsindicatie als de cliënt in verband met de noodzakelijke zorgbehoefte is aangewezen op verblijf in een instelling zoals een verpleeg- of verzorgingstehuis of een vorm van wonen met professionele begeleiding.

4 TOEGANGSCRITERIA BOVENNORMALE ZORGVRAAG

Zoals in hoofdstuk 2 geschreven, is het doel van deze handreiking het bieden van concrete handvatten voor een inzichtelijkere schadevaststelling en -begroting bij zorgsituaties waarin sprake is van een bovennormale zorgvraag, die niet volledig vanuit reguliere private en publieke middelen gefinancierd kan worden. Voor die specifieke bovennormale zorgsituaties zijn toegangscriteria opgesteld. Deze worden in dit hoofdstuk beschreven. In het volgende hoofdstuk wordt gedefinieerd welke informele zorgverleners op grond van deze regeling voor vergoeding van de geleverde zorg in aanmerking kunnen komen.

De Handreiking Zorgschade is bedoeld voor situaties waarin sprake is van een blijvende, intensieve en complexe bovennormale zorgvraag. De formele zorgverlening kan in de praktijk (gedeeltelijk) worden overgenomen door informele zorgverleners. Valt de informele zorgverlening weg, dan is vervanging door formele zorgverlening met dezelfde omvang noodzakelijk.

De zorgvrager is aangewezen op:

- permanent (actief) toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel, of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid (passief), om op relevante momenten hulp te bieden om ernstig nadeel te voorkomen.

Volgens het aansprakelijkheidsrecht moet er een causale relatie bestaan tussen de (omvang van de) beperkingen en het ongeval. De Handreiking Zorgschade is daarnaast van toepassing wanneer de zorgvrager recht heeft op geïndiceerde zorg op grond van Wmo, Wlz, Jeugdwet of Zvw. Er dient een indicatie voor een van deze regelingen te zijn afgegeven.

Is er een indicatie op grond van de Wlz afgegeven, dan geldt een verblijfsindicatie. Het maakt dan niet uit of de zorgvrager verblijft in een instelling, een omgeving van begeleid wonen of een thuissituatie. Wel geldt als vereiste dat de noodzakelijke zorg geboden kan worden in de gekozen verblijfssetting.

De Handreiking Zorgschade is van toepassing wanneer sprake is van één of beide 'grondslagen'. Deze zijn:

- een somatische beperking;
- een lichamelijke en/of zintuigelijke handicap.

Beide grondslagen moeten een causale relatie hebben met het ongeval.

De Handreiking Zorgschade is gebaseerd op de toegangscriteria voor de Wlz. Om toegang te krijgen tot de Wlz dient bij de zorgvrager sprake te zijn van:

- a) óf ernstige regieproblemen, waardoor de zorgvrager niet in staat is tijdig hulp in te roepen,
- óf
- b) een situatie waarin het moeten wachten op zorg mogelijk ernstig nadeel oplevert voor de zorgvrager.

Het CIZ, indicatieorgaan voor de Wlz, hanteert hiervoor zeer strenge criteria. De zorgdeskundige die in het kader van de Handreiking Zorgschade onderzoek moet doen, kan een oordeel hebben dat afwijkt van het CIZ. Hierna twee voorbeelden als toelichting.

Bij punt a) kan het CIZ bijvoorbeeld oordelen dat wel sprake is van ernstige regieproblemen waardoor de zorgvrager niet in staat is om hulp in te roepen, maar dat het permanente karakter daarvan (nog) niet vaststaat.

HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

Het CIZ kan in zo'n situatie van mening zijn dat er nog trainingen mogelijk zijn. Er wordt dan geen Wlz-indicatie afgegeven, ongeacht de vraag of een dergelijke training de ernstige regieproblemen kan wegnemen. De zorgdeskundige kan dan aan de hand van de handreiking toch tot een passende oplossing komen.

Voorbeeld: Een vrouw van 20 jaar oud heeft bij een ongeval traumatisch hersenletsel opgelopen. Er zijn cognitieve beperkingen, zoals een zeer slecht geheugen, beperkte concentratie en beperkte mogelijkheid om haar aandacht te verdelen. Zij is niet in staat doelmatig te handelen. Activiteiten worden niet juist of niet tijdig opgestart en niet op het juiste moment beëindigd. Ze is zeer beïnvloedbaar, ziet geen kwaad of gevaar en kan situaties niet juist inschatten. Daardoor is zij meermaals in ongewenste situaties terechtgekomen. Er zijn meerdere revalidatietrajecten gestart, maar die zijn telkens afgebroken. Enerzijds omdat cliënte zelf de behandeling staakte, anderzijds omdat de behandeling geen effect had. Cliënte is aangewezen op permanent toezicht. Zij zal zelf niet om hulp vragen, omdat zij niet in staat is een situatie juist in te schatten. Het CIZ wijst de Wlz-indicatie af omdat niet vaststaat dat het vereiste van toezicht permanent is. Het stelt vast dat er nog trainingen mogelijk zijn die wellicht een positief effect hebben op de zorgvraag. Dergelijke trainingen duren meer dan een jaar en er zijn wachtlijsten. Cliënte is aangewezen op zorg vanuit de Wmo. De zorgdeskundige deelt, gebaseerd op de visie van (medisch) deskundigen, de visie van het CIZ niet. Cliënte is niet te trainen. De zorgdeskundige kan besluiten voor deze situatie de Handreiking Zorgschade toe te passen.

Bij punt b) kan het CIZ van mening zijn dat een 'zorgverlener in de nabijheid' binnen een gestelde termijn bij de zorgvrager aanwezig kan zijn wanneer zich plotseling een hulpvraag voordoet. De zorgdeskundige vindt in het kader van deze handreiking de 'aanrijtijd' te lang. De zorgvrager heeft door het oordeel van het CIZ geen toegang tot de Wlz (uiteraard wel tot de Wmo en Zvw). De zorgdeskundige kan, in afwijking van het oordeel van de CIZ, concluderen dat voldaan wordt aan de toegangs criteria van de handreiking. De zorgdeskundige zal de conclusie met relevante argumenten moeten onderbouwen.

5 KRING VAN INFORMELE ZORGVERLENERS

De kring van informele zorgverleners bestaat uit de personen die een nauwe sociale relatie met de zorgvrager hebben en die bereid zijn hem of haar langdurige zorg te verlenen.

6 TOELICHTING OP DE PROCESBESCHRIJVING

Inleiding

Het stappenplan, zoals toegelicht in onderstaande procesbeschrijving, kan alleen worden uitgevoerd door personen met voldoende deskundigheid op het terrein van wonen en zorg. Tevens dient deze deskundige kennis te hebben van de regelingen die in zulke situaties van toepassing kunnen zijn. De complexiteit en diversiteit van de problematiek kunnen het noodzakelijk maken om meerdere deskundigen binnen een letselschadezaak in te zetten die ieder een specifiek onderdeel uit de procesbeschrijving uitvoeren. De deskundige is een onafhankelijke professional die idealiter wordt ingeschakeld met een gezamenlijke opdracht van de zorgvrager (of diens vertegenwoordiger of belangenbehartiger) en de aansprakelijke partij (via diens aansprakelijkheidsverzekeraar). Hierna wordt deze professional als 'de deskundige' betiteld.

Het schaderegelingsproces kan in verschillende fases worden opgestart. Het proces kan al van start gaan wanneer de zorgvrager nog is opgenomen in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en er voorbereidende activiteiten moeten worden ondernomen om thuisverblijf mogelijk te maken. De deskundige begeleidt het gehele proces en informeert alle partijen. Op het moment dat de deskundige wordt aangewezen is er wel al zicht op, of een vermoeden van, het blijvende, intensieve en complexe karakter van de zorgbehoefte.

De procesbeschrijving uit de Handreiking Zorgschade kan ook gebruikt worden om de zorgbehoefte vast te stellen. Dat kan bijvoorbeeld in situaties waarin sprake is van een combinatie van formele en informele zorgverlening. De informele zorgverlening is dan aanvullend op de formele. Denk aan situaties waarin

HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

de zorgvrager met hersenletsel begeleid woont. De formele zorgverlening alleen is dan soms onvoldoende. Aanvullend daarop kunnen informele zorgverleners een belangrijke bijdrage leveren aan het behoud van de bestaande situatie. Vallen de informele zorgverleners weg, dan wordt een zwaardere vorm van begeleiding mogelijk noodzakelijk.

Ook bij verandering van de zorgbehoefte kan de procesbeschrijving gehanteerd worden. Deze dient dan om een actueel beeld van de zorgbehoefte te krijgen. Het schaderegelingsproces bij zorgschadezaken is een dynamisch proces, waarin de processtappen op verschillende momenten worden uitgevoerd, dan wel overgeslagen of herhaald.

Ontbreekt de noodzaak om een (volgende) stap in het proces te zetten, dan dient deze achterwege te blijven. Het kan gebeuren dat niet gestart wordt met processtap 1, maar met processtap 6. Dat kan aan de orde zijn als veranderingen in het zorgstelsel worden doorgevoerd of de verhouding tussen formele en informele zorgverleners verandert.

Er kunnen zich situaties voordoen waarin de deskundige van mening is dat de gewenste situatie niet mogelijk of schadelijk is voor de zorgvrager. De onmogelijkheid kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van gebrek aan competente informele zorgverleners. Maar die kan ook liggen in de noodzakelijke woningaanpassingen die in redelijkheid niet realiseerbaar zijn. Bij de uitwerking van de hierna beschreven processtappen wordt de eventueel bestaande medische informatie opgevraagd. De inhoud daarvan wordt meegewogen in het onderzoek.

Stap 1. Vaststellen of de zorgvrager toegang heeft tot de bovennormale zorgregelingen

In de eerste stap stelt de deskundige vast of aan de toegangscriteria is voldaan. De Handreiking Zorgschade is van toepassing op personen bij wie sprake is van een noodzakelijke, voortdurende en blijvende zorgbehoefte, waarvoor de zorgvrager is aangewezen op professionele zorgverlening. De zorgvrager is aangewezen op:

- permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel, of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid, om op relevante momenten hulp te bieden om ernstig nadeel te voorkomen.

Om te kunnen vaststellen of de zorgvrager voldoet aan de toegangscriteria, kan overleg met onder andere de behandelende sector noodzakelijk zijn. Ook kan overleg met de medisch adviseurs uit het letselschadetraject wenselijk zijn. De deskundige neemt het initiatief hiertoe. Wanneer de zorgvrager ervoor kiest om thuis verzorgd te worden, in plaats van te worden opgenomen in een instelling, doet de deskundige onderzoek naar de noodzaak van aanpassingen aan de woning, en naar de noodzaak van hulpmiddelen en voorzieningen.

Let op: er is een verschil tussen de toegangscriteria van de bovennormale zorgregeling uit de Handreiking Zorgschade en de toegangscriteria voor de Wlz. De toegangscriteria in deze handreiking zijn minder stringent dan die gelden voor de Wlz. Er kan verschil van inzicht bestaan tussen het CIZ en de zorgdeskundige in het kader van deze handreiking. In hoofdstuk 4 en 6 zijn enkele voorbeelden beschreven. De zorgdeskundige kan gemotiveerd van mening zijn dat wordt voldaan aan de toegangscriteria. Het verschil heeft vooral te maken met de nauwe interpretatie van de toegangscriteria van de Wlz in combinatie met het permanente karakter van de toezichtvereisten. Zolang niet onomstotelijk vaststaat dat het vereiste van toezicht permanent is, wordt geen Wlz-indicatie afgegeven. Dat gebeurt ook als een zorgvrager een specifieke training niet heeft gehad. Het simpele feit dat zo'n training niet is gevolgd, kan leiden tot een afwijzing van de Wlz-indicatie. Wanneer de zorgdeskundige kan onderbouwen dat een training volgen geen wezenlijk verschil oplevert ten opzichte van de bestaande situatie, kan – in afwijking van de Wlz – de Handreiking Zorgschade worden toegepast. Wel moet in een dergelijke situatie recht bestaan op geïndiceerde zorg vanuit een regeling, zoals Wmo of Zvw.

Als vastgesteld is dat wordt voldaan aan de toegangscriteria, wordt in processtap 2 de noodzakelijke zorgbehoefte beschreven.

Stap 2. Beschrijven zorgbehoefte

In de tweede stap van de procesbeschrijving moet de noodzakelijke, blijvende en voortdurende zorgbehoefte worden beschreven. Uit deze beschrijving moet duidelijk zijn van welke vorm van toezicht de zorgvrager afhankelijk is. Ook moet uit de beschrijving blijken wat het gevolg kan zijn van het ontbreken van de vereiste vorm van toezicht. Bij het kwantificeren van de zorgomvang, in de volgende processtap, wordt louter de effectieve tijd van toezicht vastgesteld. In deze processtap wordt ook een onderverdeling gemaakt in de verschillende

HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

zorgfuncties, zoals Persoonlijke verzorging, Begeleiding, Toezicht (actief en passief), Behandeling en Verpleging. Ook in deze fase kan overleg met onder andere de behandelende sector en met eventueel al ingeschakelde zorgverleners wenselijk zijn. De deskundige zal dat overleg initiëren en de regie voeren. Ook zal de deskundige (indien noodzakelijk) bij de medisch adviseurs in het letselschadetrajec relevante medische informatie opvragen. Het is waarschijnlijk dat deze informatie uit de behandelende sector moet komen. De medisch adviseurs in het letselschadetrajec krijgen medische informatie doorgaans in een latere fase. De deskundige houdt de medisch adviseur geïnformeerd. Uiteraard is de deskundige bekend met de eisen ten aanzien van het omgaan met bijzondere persoonsgegevens, waaronder medische gegevens, en handelt hij conform de wet- en regelgeving dienaangaande.

Aan het eind van processtap 2 volgt de beoordeling van de vraag in hoeverre de door de zorgvrager gewenste situatie haalbaar is. Is het mogelijk de noodzakelijke zorg te realiseren buiten een instelling? De afwegingen die gemaakt moeten worden, zijn beschreven in de processtappen 'Aanpassingen, Hulpmiddelen en voorzieningen' A tot en met C (zie bijlagen) en maken onderdeel uit van deze processtap. Pas wanneer hierop een positief antwoord volgt, kan de volgende stap worden gezet.

Stap 3. Beschrijven van de zorgtaken

De in de voorgaande processtap beschreven zorgbehoefte wordt in deze processtap uitgewerkt. De zorgbehoefte wordt beschreven in zorgfuncties (zoals Persoonlijke verzorging, Verpleging, Begeleiding en Toezicht) en wordt nader uitgewerkt in de noodzakelijke zorgtaken (zoals nagels knippen, haren wassen en kammen, et cetera). Gedetailleerd wordt beschreven welke zorgtaken op welke momenten uitgevoerd moeten worden. Ook de omvang in tijd wordt beschreven, alsmede door hoeveel personen de taken uitgevoerd dienen te worden. Bij zorgtaken die vallen onder de zorgfunctie Toezicht wordt vastgesteld hoeveel feitelijk noodzakelijke tijd aan het toezicht wordt besteed.

Een voorbeeld. Een zorgvrager met traumatisch hersenletsel is aangewezen op toezicht in de nabijheid. De zorgvrager kan aan een activiteit worden gezet. De zorgverlener kan, terwijl de zorgvrager daarmee bezig is, andere activiteiten ondernemen, mits het vereiste toezicht wordt geboden. In deze situatie blijft het toezicht in feitelijke tijd beperkt tot enkele minuten per dag. Namelijk, alleen die netto tijd die aan het toezicht wordt besteed. Voorbeeldcasuïstiek, die onderdeel uitmaakt van de Handreiking Zorgschade, geeft meer inzicht in de wijze waarop de feitelijke tijd wordt vastgesteld. Het zal altijd om een casuïstische beoordeling gaan.

Uit de beschrijving van de zorgtaken moet ook duidelijk worden of de zorgverlening te plannen is of dat deze op ongeregelde tijden noodzakelijk zal zijn. Ook moet in de beschrijving de gewenste deskundigheid van de zorgverleners worden omschreven. Bepaalde zorghandelingen zijn namelijk voorbehouden aan gespecialiseerde deskundigen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het verzorgen van een persoon die kunstmatig beademd wordt. In bepaalde situaties kunnen niet-deskundigen worden getraind waarna zij bevoegd zijn specifieke zorgtaken uit te voeren. Er zijn voldoende zorgtaken die, met enige training of uitleg, worden overgelaten aan informele zorgverleners.

In de beschrijving van de zorgtaken wordt een onderscheid gemaakt tussen Persoonlijke verzorging, Begeleiding, Verpleging en Toezicht. Uit de beschrijving van de zorgtaken moet duidelijk worden wat het gevolg is wanneer een noodzakelijke zorgtaak niet of niet tijdig wordt uitgevoerd. De eventuele noodzakelijke huishoudelijke hulp wordt apart omschreven en maakt geen deel uit van de Handreiking Zorgschade. Hiervoor wordt verwezen naar de Richtlijn Huishoudelijke hulp van De Letselschade Raad.

Stap 4. Vaststellen van de personele organisatie

Na de processtappen 1 tot en met 3 volgt het vaststellen van de personele organisatie. Doorgaans zal sprake zijn van een hybride vorm van zorgverlening: een deel wordt gerealiseerd door professionals, een ander deel door informele zorgverleners. De personele organisatie moet de volledige zorgbehoefte dekken.

In de beschrijving van de zorgtaken die uitgevoerd gaan worden door informele zorgverleners, wordt ook het noodzakelijke deskundigheidsniveau beschreven. Eventuele

HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

hiaten hierin worden beschreven, almede oplossingen om die te dichtten. In deze processtap moet ook worden vastgesteld of de informele zorgverlener valt onder informele zorgverleners conform deze handreiking.

Stap 5. Voorlichten van de (in)formele zorgverleners

Na de vaststelling van het zorgplan wordt duidelijk wat van informele zorgverleners wordt verwacht. Stap 5 behelst een zogenaamd bezinningsgesprek. Dit is een gesprek waaraan idealiter de zorgvrager deelneemt en waarin de deskundige nadrukkelijk de consequenties van de keuze voor de inzet van een informele zorgverlener bespreekt. Dit is overigens geen actie die strikt genomen (pas) in deze fase van het onderzoek moet plaatsvinden. De deskundige zal ook in voorgaande processtappen de informele zorgverleners informeren en wijzen op de gevolgen van de keuze om de zorg thuis te realiseren. Ook zal de deskundige de informele zorgverleners in contact brengen met lotgenoten zodat zij kennis kunnen nemen van de ervaringen van anderen. Daartoe neemt de deskundige het initiatief. Als de deskundige al in eerdere processtappen constateert dat de informele zorgverleners de noodzakelijke zorgtaken niet (duurzaam) kunnen bieden, zal daarop actie worden ondernomen. Een dergelijke constatering kan zelfs betekenen dat het realiseren van de gewenste zorgsituatie met behulp van informele zorgverleners door de zorgdeskundige niet meer mogelijk wordt geacht.

In deze fase van het proces, en uiterlijk aan het einde van deze processtap, moet definitief zicht zijn op de haalbaarheid van de gewenste situatie met inzet van informele zorgverleners. In hoeverre is het reëel te veronderstellen dat de informele zorgverleners in staat zijn de zorgtaken (duurzaam en naar behoren) te vervullen? De deskundige moet hierover zijn oordeel geven. Bij twijfel kan de deskundige interventievoorstellen doen. De inhoud van een interventie wordt vanzelfsprekend afgestemd op de specifieke situatie. Er kan gedacht worden aan het aangaan van een proefperiode van zes maanden voor de gewenste zorgsituatie. Daarin kan ook, zo nodig, extra ondersteuning worden gegeven aan de informele zorgverlener. Denk bijvoorbeeld aan het aanleren van tiltechnieken.

Als naar het oordeel van de deskundige naar verwachting geen duurzame zorgsituatie kan worden geboden of de gewenste zorgsituatie niet in het (gezondheids)belang is van de zorgvrager, dan zal de deskundige adviseren de gewenste zorgsituatie niet te faciliteren.

Stap 6. Opstellen financieringsplan

In deze stap wordt beoordeeld op welke wijze de zorg met publieke gelden kan worden gefinancierd. Welke regeling is van toepassing? Is de juiste indicatie afgegeven? Zijn er mogelijkheden om in aanmerking te komen voor extra financiering van de zorg, bijvoorbeeld door een beroep te doen op extra regelingen binnen de Wlz? Er kunnen zich drie situaties voordoen:

1 De zorg kan volledig uit publieke gelden worden gefinancierd.

In deze situatie zijn de publieke gelden voldoende om de formele en de informele zorg te financieren.

2 De zorg kan niet volledig uit publieke gelden worden gefinancierd. Er resteert een tekort.

De deskundige heeft publieke financieringsmogelijkheden onderzocht. Die worden allemaal benut. De publieke middelen worden volledig besteed aan de formele zorgverleners. Er is geen ruimte meer voor financiering van de informele zorgverleners. De deskundige beschrijft het verschil tussen de noodzakelijke zorgverlening en de zorg die gerealiseerd kan worden vanuit de publieke middelen. De deskundige geeft gedetailleerd weer om welke vorm van zorgverlening het gaat (Begeleiding, Toezicht, Verpleging, Persoonlijke verzorging) en maakt daarbij een onderscheid tussen informele en formele zorgverlening.

Het tekort wordt gekwantificeerd en, voorzien van tarieven, gedifferentieerd naar formele en informele zorgverlening.

Bij het kwantificeren van het tekort moet een onderscheid gemaakt worden tussen formele en informele zorgverlening. De formele zorgverleners moeten betaald worden op basis van de reguliere NZa-zorgtarieven. In die tarieven wordt, naast de vereiste deskundigheid, ook onderscheid gemaakt tussen de momenten waarop zorg wordt verleend (denk bijvoorbeeld aan de nacht).

Bij de informele zorgverleners wordt in principe uitgegaan van het in het kader van deze handreiking vastgestelde tarief voor informele zorg voor de functies Persoonlijke Verzorging, Begeleiding en Toezicht. Van dit tarief kan gemotiveerd worden afgeweken. Dat kan aan de orde zijn als de zorgzwaarte bovengemiddeld is, of wanneer sprake is van een grotere verantwoordelijkheid dan normaal.

HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

Bij de functie Verpleging wordt het tarief vastgesteld op basis van de handelingen die de informele zorgverlener realiseert, het afbreukrisico – lees: de kans op (gezondheids) schade – en de mate van deskundigheid die wordt vereist. De deskundige zal hierbij aansluiting zoeken bij de gehanteerde NZa-zorgtarieven.

De deskundige maakt ook de afweging of het inzetten van formele zorgverleners op basis van een persoonsgebonden budget moet plaatsvinden of juist in natura: de zorgvrager kiest zelf een gecontracteerde zorgverlener. De zorgverlener declareert rechtstreeks aan zorgkantoor, gemeente of zorgverzekeraar; de zorgvrager heeft daar geen bemoeienis mee. In sommige situaties kan het om financiële redenen de voorkeur hebben te kiezen voor zorg in natura. Soms worden daarbij binnen het budget meer zorguren aan formele zorg toegekend dan wanneer wordt gekozen voor een persoonsgebonden budget. Ook bij hybride situaties kan een naturavoorziening de voorkeur hebben, bijvoorbeeld om de administratieve druk te verminderen of om meer zorg te krijgen.

Het onderzoek naar mogelijke regelingen blijft niet beperkt tot zorgregelingen. Ook andere regelingen worden bij het opstellen van het financieringsplan betrokken. Zo valt te denken aan het omzetten van een Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA)-uitkering naar een Regeling Inkomensvoorziening Volledig duurzaam Arbeidsongeschikten (IVA)-uitkering. Ook een verzoek om het uitkeringspercentage te verhogen in verband met hulpbehoefendheid kan tot de mogelijkheden behoren. Bij jongeren kan gedacht worden aan het aanvragen van dubbele kinderbijslag. Daarnaast zijn er tal van andere regelingen die van toepassing kunnen zijn. In de bijlagen van deze Handreiking Zorgschade is een overzicht opgenomen van de meest relevante.

7 KWALITEITSBORGING INGESCHAKELDE DESKUNDIGEN

Deskundigen die worden ingeschakeld om onderzoek te doen in het kader van de Handreiking Zorgschade dienen aantoonbaar te beschikken over de vereiste deskundigheid. In feite komen slechts twee beroepsgroepen ervoor in aanmerking.

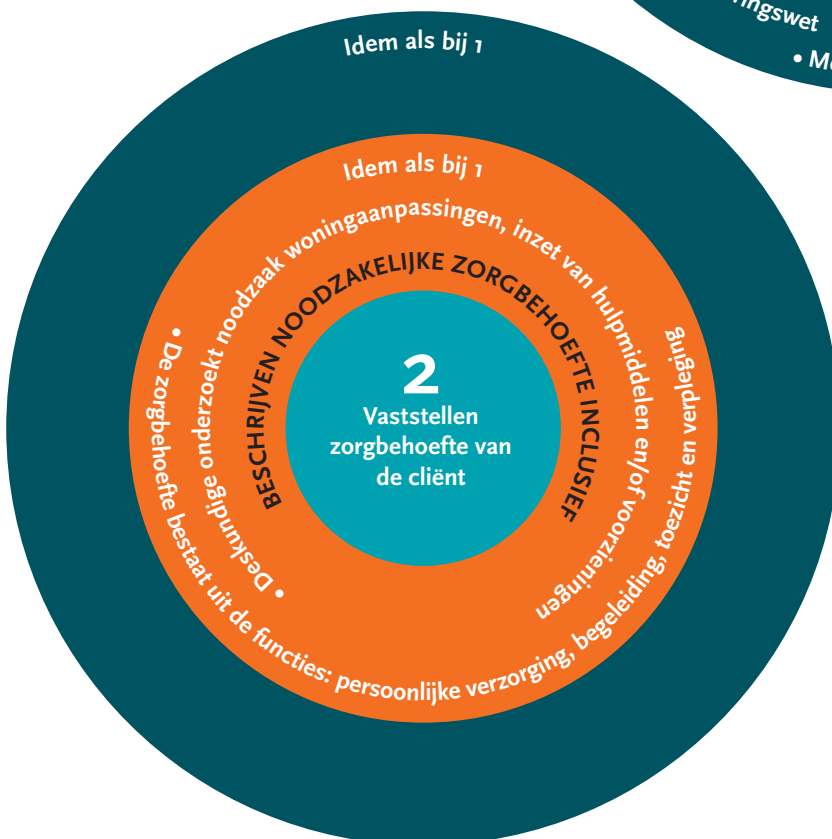
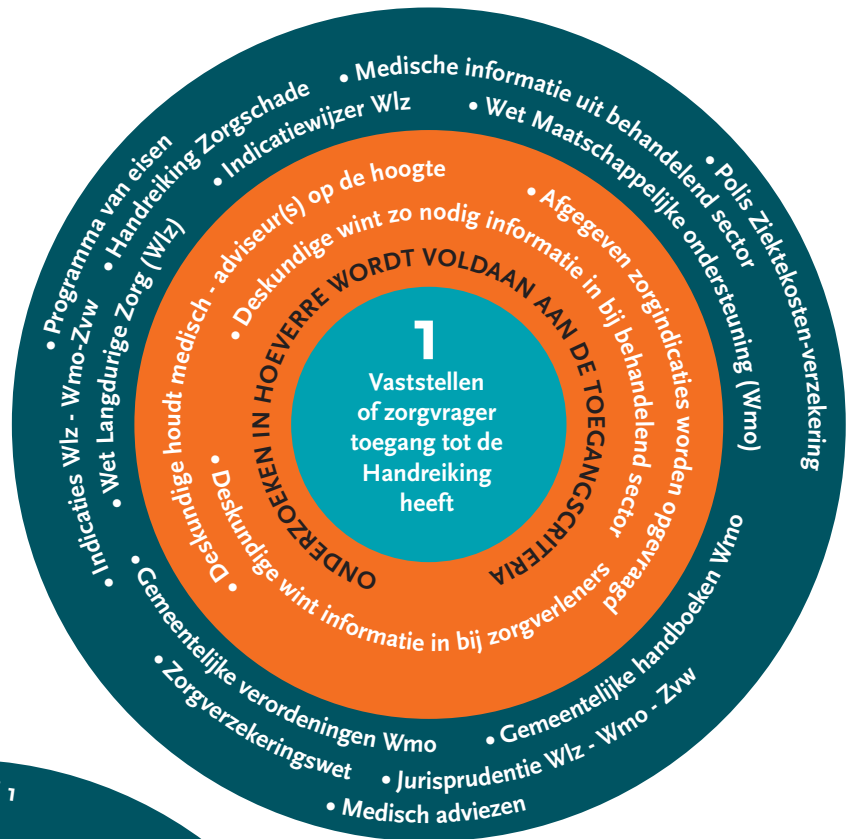
Ergotherapeuten zijn het best toegerust om dit soort onderzoek te doen. Wel moet de ergotherapeut aantoonbare ervaring hebben met dergelijke onderzoeken en met het werken in de letselschadepraktijk (bij voorkeur minimaal drie tot vijf jaar).

Daarnaast kunnen arbeidsdeskundigen worden ingezet, mits de arbeidsdeskundige in kwestie ervaring heeft met en de nodige kennis voor deze onderzoeken. Gezien de breedte van de taakstelling is het niet ondenkbaar dat een samenwerking ontstaat tussen ergotherapeut en arbeidsdeskundige. Een ieder verricht onderzoek op basis van zijn of haar deskundigheid.

Er wordt naar gestreefd om deze handreiking te laten opnemen in het curriculum van de (beroeps)opleidingen, waaronder die van arbeidsdeskundigen, ergotherapeuten en de leergang 'Middelzwaar en Zwaar letsel'.

8 TAKEN EN ACTIVITEITEN SCHEMATISCH WEERGEGEVEN

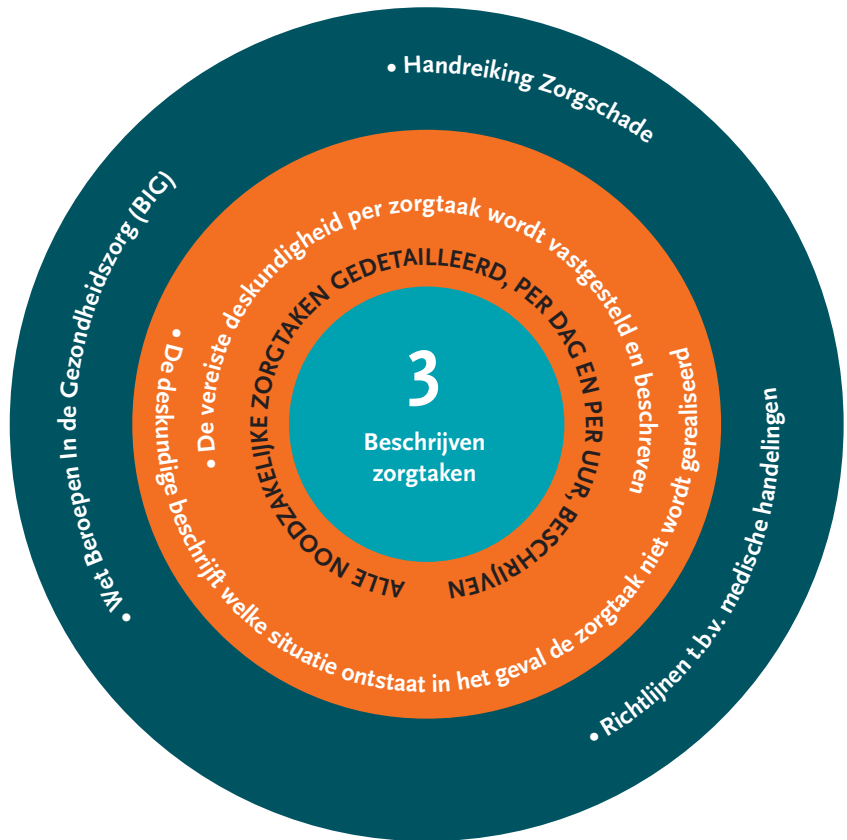
- Taak**
- Activiteiten**
- Richtlijn/kader/
literatuur/etc.
In aanvulling
op GBL / GOMA**



HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

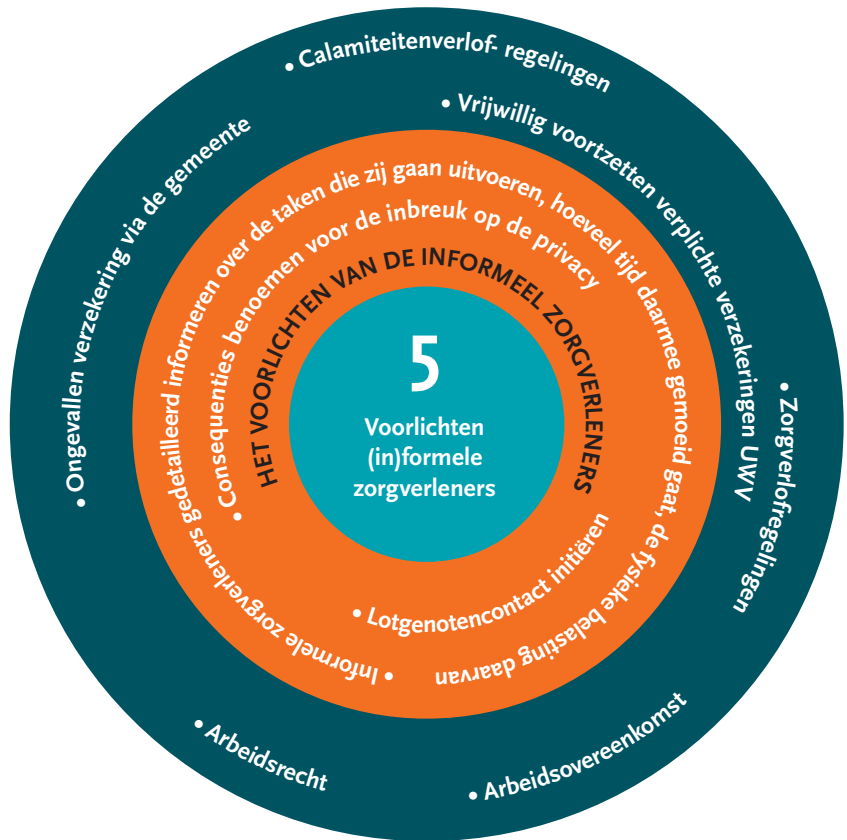
- Taak**
- Activiteiten**
- Richtlijn/kader/
literatuur/etc.
In aanvulling
op GBL / GOMA**



HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

- **Taak**
- **Activiteiten**
- **Richtlijn/kader/
literatuur/etc.
In aanvulling
op GBL / GOMA**



HANDREIKING ZORGSCHADE
november 2017

9 PROCESSTAPPEN AANPASSINGEN - HULPMIDDELEN -
VOORZIENINGEN SCHEMATISCH

NR	TAAK	ACTIVITEIT (INCLUSIEF TOELICHTING) (NIET LIMITATIEF)	RICHTLIJN/KADER/LITERATUUR/ ETC IN AANVULLING OP GBL / GOMA
A	Woonsituatie In kaart brengen	Beschrijven woonsituatie en -omgeving Kan het slachtoffer veilig wonen en welke (bouwkundige) aanpassingen zijn noodzakelijk? Bij een blijvende en noodzakelijke zorgbehoefte wordt ook beoordeeld of de woning geschikt is voor de zorgverlening. Kan de apparatuur worden geplaatst en is er slaapplek voor de zorgverlener? Voldoet deze slaapruijnte aan de eisen?	<ul style="list-style-type: none"> • Programma van eisen; • Wmo + verordeningen; • Huurwet; • Arbowetgeving; • Richtlijnen toegankelijkheid.
B	Vervoersbehoefte in kaart brengen	Beschrijven noodzakelijke vervoersbehoefte in en om de woning Kan slachtoffer zelf rijden en zo ja, wat is daar voor nodig? Bij rolstoelgebruik ook de aanvullende mogelijkheden meenemen, zoals handbike, pendel. Bij scootmobiel of pendel ook stalling en laadmogelijkheden meenemen.	<ul style="list-style-type: none"> • Richtlijnen CBR; • Eigen verklaring CBR.
C	Hulpmiddelen en voorzieningen in kaart brengen	Beschrijven welke hulpmiddelen noodzakelijk zijn Het inzetten van een te lijns ergotherapeut via de zorgverzekering is een optie.	<ul style="list-style-type: none"> • Hulpmiddelenbesluit; • ZKV - Wmo.
D	Opstellen financieringsplan	Rapportage opstellen voorzien van begroting Vaststellen wat alles gaat kosten en van welke zorgregelingen gebruik gemaakt kan worden.	<ul style="list-style-type: none"> • Wlz - Wmo; • Fiscale regelingen.

HANDREIKING ZORGSCHADE

november 2017

10 ZORGREGELINGEN

Deze zijn in een afzonderlijke bijlage opgenomen.

De volledige regeling omvat 10 pagina's.

Als voorbeeld is 1 pagina ingevoegd in deze handreiking.

Dat is bedoeld om een beeld te geven van de inhoud.

Het is de bedoeling de definitieve regeling digitaal

beschikbaar te stellen. Daarmee wordt bewerkstelligd dat ingevoegde verwijzingen naar pagina's op het internet werken.

Voorts wijzigt de inhoud frequent. Het moet een dynamisch document worden waarvan de inhoud periodiek wordt aangepast.

Zorgregelingen

Onderstaande weergave is niet limitatief. Daarnaast zijn de genoemde regelingen en bijbehorende 'linken' een momentopname en staan deze onder invloed van jurisprudentie en lokaal beleid. Let op! De informatie, te vinden op internet is niet altijd up-to-date en kloppend. Ook wordt verwezen naar de jaarlijks uitgebrachte gids: De Kleine Gids voor de Nederlandse sociale zekerheid (editie 2017-1).

ZORGREGELINGEN Wmo	
Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)	http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2016-08-01#Hoofdstuk2_Paragraaf3 https://vng.nl/files/vng/publicaties/2015/20150831_factsheet_algemene_voorziening_in_de_wmo.pdf Let op! Iedere gemeente maakt zijn eigen beleid op de kaderwet Wmo en geeft hieraan een andere invulling. Alle hieronder weergegeven onderwerpen pakken per gemeente verschillend uit. Ook bij op het oog gelijke situaties.
Algemene voorzieningen & Maatwerk voorzieningen	De Wmo kent een systeem van 'algemene voorziening'. Een algemene voorziening is vrij toegankelijk, zonder voorafgaand onderzoek naar de persoonlijke omstandigheden. Voorbeelden van algemene voorzieningen zijn: boodschappendienst, maaltijdverzorging en maatschappelijke opvang. De gemeente mag een bijdrage vragen voor het gebruik van deze algemene voorziening. Voorzieningen afgestemd op de persoonlijke situatie en aanvullend op algemene voorziening. Hieronder de maatwerkvoorzieningen uitgewerkt.
Algemeen gebruikelijke voorzieningen	Iedere gemeente hanteert het principe van een 'algemeen gebruikelijke voorziening', dit is een voorziening die: <ul style="list-style-type: none">• Niet speciaal bedoeld is voor mensen met een beperking, en,• In de reguliere handel verkrijgbaar is, en,• In prijs vergelijkbaar is met soortgelijke producten Er zijn altijd uitzonderingsituaties. Dus per casus dient bekeken te worden of een voorziening al dan niet als algemeen gebruikelijk kan worden aangemerkt in de specifieke situatie.
Regresrecht en Eigen bijdrage Wmo	VvV en VNG hebben een convenant gesloten. Loopt tot 1 januari 2018. Daarna wellicht verlenging. Zie: https://www.verzekeraars.nl/overhetverbond/zelfregulering/Paginas/Convenanten/Convenant-WMO.aspx
Voorzieningen en ondersteuning thuis	<ul style="list-style-type: none">• Iedere gemeente heeft een andere invulling. Alle hieronder weergegeven onderwerpen kennen per gemeente een verschillende invulling. Er is geen algemene richtlijn op te stellen. Raadpleeg de verordening Wmo van de desbetreffende gemeente, inclusief de onderliggende toelichtingen, richtlijnen en handboeken.• Voor sommige onderdelen uit de Wmo of in relatie met andere regelingen is onder andere de CIZ Indicatiewijzer van toepassing. Dat geldt onder andere voor normtijden en voorwaarden voor bepaalde regelingen. https://www.pgb.nl/wp-content/uploads/2016/04/CIZ-Indicatiewijzer-versie7.1.pdf• Raadpleeg ook: https://www.regelhulp.nl/

HANDREIKING ZORGSCHADE
november 2017

